

**DEMANDE DE RESTRICTION DE L'UTILISATION
DES INFORMATIONS CONFIDENTIELLES**

NOM DE FAMILLE DU/DE LA PATIENT(E) PRÉNOM INITIALE DU 2 ^e PRÉNOM	
NUMÉRO DU DOSSIER	
ÉTABLISSEMENT	UNITÉ

INSTRUCTIONS : DONNER UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE AU/À LA PATIENT(E) ! Préparer un (1) exemplaire pour le dossier du/de la patient(e).

DEMANDE DE RESTRICTION DE L'UTILISATION INTERNE DES INFORMATIONS

RESTRICTION DEMANDÉE
QUELLES INFORMATIONS :
LES INFORMATIONS DE LA OU DES PERSONNES DOIVENT ÊTRE RESTREINTES :
MOTIF DE LA RESTRICTION

Je, soussigné(e), demande par la présente que l'utilisation de mes informations médicales soit restreinte comme décrit ci-dessus. Je comprends que l'établissement peut refuser ma demande avec raison.

(Signature du/de la patient[e])

(Signature du parent/tuteur, le cas échéant)

(Nom du/de la patient[e] en caractères d'imprimerie)

(Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie)

(Date)

(Date)

Mesure de l'établissement :

___ Demande approuvée.

___ Demande refusée. Motif du refus :

___ L'utilisation des informations est essentielle à la fourniture du traitement du/de la patient(e).

___ Autre motif. Décrire : _____

Directeur(-trice)/directeur(-trice) adjoint(e) (Date)